

Année 1963.

THÈSE

N° 1104

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Sylvain BAUDELLOT

Né le 20 décembre 1934 à Boulogne-sur-Seine

Interne des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le : 8 novembre 1963.

A PROPOS DES PROBLÈMES DIAGNOSTIQUES

ET DU PRONOSTIC INCERTAIN

DES TUMEURS INFLAMMATOIRES NON SPÉCIFIQUES DU RECTUM.

Président : M. Marcel ROUX, Professeur.

Année 1963.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Sylvain BAUDELLOT

Né le 20 décembre 1934 à Boulogne-sur-Seine

Interne des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le : 8 novembre 1963.

A PROPOS DES PROBLEMES DIAGNOSTIQUES

ET DU PRONOSTIC INCERTAIN

DES TUMEURS INFLAMMATOIRES NON SPECIFIQUES DU RECTUM.

Président : M. Marcel ROUX, Professeur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A PROPOS DES PROBLÈMES DIAGNOSTIQUES
ET DU PROGNOSTIC INCERTAIN

DES TUMEURS INFLAMMATOIRES NON STÉNOSANTES DU RECTUM.

Président : M. Marcel RICHOT, Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	HUGUIER (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MILLIEZ (P.)
	LENÈGRE (J.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
	GENNES (L. de)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEROT (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DAVID (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	GARCIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
Cliniques obstétricales	RENARD (G.)
	AUBRY (M.)
	LELONG (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MARIE (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	BERNARD (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	COSTE (F.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	DECHAUME (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	ROUX (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	LEMAIRE (A.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	GAULTIER (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	PADOVANI (P.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DOMART (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	POILLEUX (F.)
Clinique toxicologique	COUVELAIRE (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	TURPIN (R.)
Séméiologie médicale	
Séméiologie et clinique chirurgicales	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch. GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAGLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRÜH (J.) JEROME (H.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie		Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie			BARGAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale		Pathologie chirurgicale	
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.) BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Carcinologie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEY (G.)
Dermato-Syphiligraphie	LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) GOURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Hématologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)	Pathologie médicale	
Histologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICORACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Hydrologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Maladies infectieuses	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (C.) PERTUISET (B.)		
Médecine du travail	LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Neuro-chirurgie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)	Pédiatrie-Puériculture	
Neurologie			
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ GERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse

A la mémoire vénérée de mon père

qui fut mon premier Maître,
et qui tout au long de ma carrière
demeurera un exemple.

A la mémoire de ma soeur Brigitte.

A ma Mère,

A ma Soeur Evelyne

A ma Famille

A tous ceux qui me sont chers.

A mon Grand Père

Le Docteur Jean VERNE

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie Nationale de Médecine,

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qu'il trouve ici toute ma reconnaissance
et le témoignage de ma profonde affection.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Marcel ROUX

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de
Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de Chirurgie,

Officier de la Légion d'Honneur

Qui me fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le té-
moignage de ma vive et respectueuse gra-
titude.

A mon Oncle,

Monsieur le Docteur Jean-Marie VERNE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Tenon
Membre de l'Académie de Chirurgie,

Dont l'affection et les conseils
me furent si précieux tout au long
de mes études et qui m'a inspiré le
sujet de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Charles-Henri CHEVALLIER

A Monsieur le Docteur Roger PETIT

En reconnaissance de leurs conseils
et de leur bienveillante sollicitude.

A Monsieur le Médecin Général CHAUZY

En témoignage de gratitude.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur MOULONGUET

Monsieur le Professeur COUINAUD

Monsieur le Docteur GARBAY

Monsieur le Professeur DOMART

Monsieur le Docteur LAMBLING

Monsieur le Docteur BOURDIN

Monsieur le Docteur B. CLAVEL

Monsieur le Professeur FLABEAU

Monsieur le Docteur MOREL FATIO

Monsieur le Docteur DUFOURMENTEL

Monsieur le Professeur Robert JUDET

Aux Assistants de mes Maîtres

A Monsieur le Médecin Colonel ROUFFILANGE

A mes Maîtres,

et à mes Collègues de l'Hôpital Maillot d'Alger

A mes Amis.

INTRODUCTION

Les tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum constituent un chapitre de la Pathologie dont les observations ne sont pas très nombreuses, mais dont l'intérêt n'est pas près de s'épuiser en raison des multiples difficultés qu'elles posent.

Notre but n'est pas de reprendre ici tout ce qui a déjà été dit au sujet de ces tumeurs, mais, à propos d'un cas, vu chez notre Maître le Professeur VERNE, d'étudier les redoutables problèmes qu'elles peuvent poser.

- Problème diagnostique, et l'on sait qu'il n'y a pas si longtemps ces tumeurs étaient considérées:

- . soit comme tumeurs malignes,
- . soit comme une maladie de Nicola FAVRE, si associées à un rétrécissement.

De nos jours d'ailleurs, ces diagnostics sont le plus souvent les premiers portés, jusqu'à preuves du contraire fournies par le laboratoire et l'évolution.

Le diagnostic de tumeur inflammatoire aspécifique du rectum étant le plus souvent un diagnostic d'élimination.

- Problème étiologique, et nous verrons que si de multiples hypothèses peuvent être envisagées, aucune n'est entièrement satisfaisante.

- Enfin et surtout problème pronostique : en effet de tous les cas que nous avons pu relever dans la littérature, aucun n'eut une évolution mortelle du fait même de la tumeur. Or, dans l'observation que nous rapportons, le malade, âgé de 36 ans, est mort en moins de deux mois dans un tableau de cachexie néoplasique, sans que les multiples examens pratiqués et l'autopsie

aient pu mettre en évidence une cause autre que la tumeur rectale inflammatoire non spécifique.

Nous nous proposons :

- 1 - d'étudier une dizaine d'observations recueillies dans la littérature depuis la communication de MANZONI en 1948,
- 2 - de rapporter l'observation inédite de notre malade,
- 3 - de souligner les multiples problèmes posés par cette tumeur en particulier diagnostiques et pronostiques.

oOo

ETUDE DE 10 OBSERVATIONS DEJA PUBLIEES

OBSERVATION n° 1

Mr. R... Léon, 38 ans, maçon, célibataire.

- Présente en mars 1956, à la suite d'un refroidissement, des coliques abdominales violentes avec faux besoins et hémorragies rectales très abondantes, faites exclusivement de sang rouge, et nécessitant plusieurs transfusion;

Dans les jours qui suivent, 7 - 8 selles quotidiennes mêlées de sang et de glaires, et signes de rectite intense.

- A l'examen :

Infiltration suspecte des parois du rectum. La réaction de FREI est négative, il n'y a pas de parasites dans les selles. Plusieurs biopsies négatives font mettre en doute le diagnostic d'épithélioma rectal initialement porté.

Le traitement institué (Rimifon, Salazopyrine, Cortancyl, lavements vitaminés) se révèle impuissant et dans les sept mois qui suivent, le malade passe de 60 à 47 kilogs, soit une perte de poids de 13 kilogs.

- En novembre 1956, le malade est hospitalisé à l'hôpital Bichat. Les douleurs abdominales, les rectorragies persistent. L'état général est médiocre, l'anémie intense (1.900.000 globules rouges).

A la Rectoscopie, existe une prolifération rectale typiquement néoplasique, diagnostic non confirmé par la biopsie. Cependant la nature épithéliomateuse de la tumeur paraît certaine, les lésions sont jugées inextirpables, et seule est pratiquée une colostomie iliaque gauche de dérivation.

Le malade rentre chez lui en janvier 1957.

- Dans les deux années qui suivent, il persiste une diarrhée de 3 - 4 selles quotidiennes, mêlées de glaires et de sang. Echec des différents traitements médicaux institués.

- En 1959, amélioration de l'état général, reprise du poids, les signes fonctionnels diminuent d'intensité pour finir par disparaître. Un médecin, vu à la fin de 1959 constate avec surprise qu'il n'existe plus aucune lésion rectale. Tous les examens sont normaux : la continuité intestinale est rétablie en février 1960.

- En janvier 1961, brutalement, réapparaissent les mêmes symptômes qu'en 1951. Le malade est hospitalisé en avril 1961 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Professeur CATTAN. Son état général est médiocre. Il a perdu 10 kilogs en 4 mois. L'examen somatique est pratiquement normal.

- au T.R. : il existe une infiltration importante de la face droite de l'ampoule rectale, sur 3 - 4 centimètres, paraissant en grande partie sous-muqueuse.

- l'aspect rectoscopique est celui de placards infiltrés, bourgeonnants, saignant au contact. A la partie haute de la lésion se trouvent 2 à 3 végétations indurées, fragiles, légèrement hémorragiques. L'aspect est celui d'un épithélioma végétant.

- la biopsie, une fois de plus, ne confirme pas cette hypothèse, montrant seulement un infiltrat inflammatoire polymorphe.

- les examens complémentaires se révèlent tous négatifs : pas de parasites dans les selles, réaction de FREI négative. B.W. et réaction de KLINE négatifs. Seule la V.S. est notablement accélérée (47 - 88 - 140).

- En mai 1961, après échec d'un traitement anti-amibien, les symptômes initiaux reprennent, les lésions rectales semblent s'aggraver. Au T.R. apparition d'une sténose avec infiltration péri-rectale très dure. Le diagnostic de Nicolas FAVRE est à nouveau envisagé, mais doit être éliminé sur la négativité de la réaction de FREI et de la réaction de déviation de complément.

- en Juin - Juillet 1961, traitement par l'auréomycine, puis traitement antituberculeux. Tous deux sans résultat.

- En août 1961, une colostomie iliaque gauche doit être à nouveau pratiquée devant le caractère irréductible des lésions et la reprise des rectorragies. Les suites immédiates sont favorables : le malade ne saigne plus, la muqueuse rectale semble s'assouplir, et le malade peut partir en convalescence au mois d'octobre.

- le 12 novembre 1961, le malade présente brutalement d'intenses coliques abdominales et d'abondantes rectorragies. Les rectoscopies successives pratiquées alors, montrent une accentuation des lésions qui deviennent circulaires et bourgeonnantes. Les biopsies ne permettent toujours pas de retenir le diagnostic d'épithélioma.

- En janvier 1962, A la rectoscopie (12 cms) une zone sténosée très dure et infranchissable. Devant la progression irréductible des lésions, le malade est opéré dans le service du Docteur LEIBOVICI le 3 mars 1962.

- l'exérèse du sigmoïde et du rectum est pratiquée jusqu'à la marge anale. L'intervention se terminant par un anus iliaque gauche définitif. A noter l'existence d'une importante péri-rectite inflammatoire gênant considérablement la résection rectale.

- l'examen anatomo-pathologique des fragments prélevés ne montre aucun processus tumoral, mais une intense sclérose sous-muqueuse, mutilant muqueuse et musculuse, respectant dans l'ensemble la sous-séreuse.

- Le malade est revu fin 62 : son état général est bon.

Nous avons voulu rapporter l'observation de Monsieur R... de manière assez détaillée, car elle nous a paru mettre en évidence :

..... les difficultés diagnostiques rencontrées par le clinicien.

..... le caractère déroutant de l'évolution, entretenant espoir et désillusion tour à tour, mais ayant tout de même permis de pratiquer un traitement radical.

Les autres exposés seront plus succints.

OBSERVATION n° 2

Monsieur M... NELLO, 54 ans.

- Apparition progressive, en octobre 1962, d'un syndrome rectal fait de ténésme avec sensation de corps étranger intra-rectal, fausses envies, émissions de glaires sans hémorragie.

Le malade est hospitalisé dans le service du Docteur CATTAN.

- l'examen met en évidence 3 ou 4 ulcérations disséminées sur la paroi recto-sigmoïdienne de 7 à 20 cms. Ulcérations superficielles reposant :

- .. tantôt sur une paroi d'apparence normale,
- .. tantôt sur un soulèvement infiltré de la paroi rectale.

Ces ulcérations sont à bords nets, ne saignant pas au contact, et semblent recouvertes de mucosités légèrement hémorragiques.

- l'interrogatoire n'apporte aucun renseignement particulier : pas d'antécédent notable, pas de lésion pulmonaire. L'état général est bon.

- les examens de selles sont négatifs. La coproculture montre quelques proteus, des escherichia coli. Pas de salmonella, pas de shigella, pas de staphylocoques pathogènes.

- rien de notable à la numération globulaire.

- la biopsie met en évidence de petits fragments un peu dissociés de la paroi colique, au niveau de laquelle le chorion et surtout la sous-muqueuse sont le siège d'une congestion marquée, et d'un infiltrat à cellules rondes avec légères réactions mésenchymateuses. "Il s'agit là d'une rectite subaiguë ou chronique sans signe histologique spécifique".

- On commence immédiatement un traitement par cortancyl, ganidan per os, lavements à l'hydrocortisone, associés à la néomycine.

- Disparition rapide de la symptomatologie fonctionnelle et un mois après le début du traitement l'ampoule rectale et la fin du sigmoïde sont pratiquement normaux.

OBSERVATION n° 3

Mme P.... A, 60 ans.

- Présente depuis 3 mois des signes de rectite avec diarrhée abondante, rectorragies répétées. Parallèlement existe un amaigrissement de 10 kg.

- pas d'antécédent notable.

- l'examen de l'abdomen est normal, mais le T.R. découvre une tumeur circulaire, très dure, située à 7 cms de la marge.

La sténose rectale est telle qu'elle ne permet pas le passage du rectoscope.

Pas de lésion génitale au toucher vaginal.

- le tableau clinique de tumeur rectale maligne est tellement évident que la biopsie n'est pas jugée nécessaire.

- la numération globulaire montre une anémie nette (3.000.000 G.R.) avec hyperleucocytose à polynucléaires (22.000 G.B., 90 poly.)

- Le 12 Novembre 1959, une amputation abdomino-périnéale est pratiquée par le Docteur VALIDIRE.

- pas de métastase hépatique ou péritonéale. Temps abdominal facile, sauf en bas où la tumeur adhère en arrière .

- l'examen histologique montre :

.. l'existence de lésions inflammatoires diffuses avec oedème très important de toute la paroi rectale.

.. l'absence de parasites.

- Les suites opératoires immédiates sont bonnes. Mais vers la 3^e semaine, apparaît une fièvre inexpliquée avec asthénie, avec polynucléose neutrophiles). L'anémie a disparu.

- Le 5 décembre, tableau de péritonite généralisée, nécessitant une intervention d'urgence (Dr. VALIDIRE).

- On trouve 1,5 litre de pus dans la grande cavité péritonéale, dû à la rupture d'un volumineux abcès du foie.

- Décès dans la soirée.

OBSERVATION n° 4

Monsieur A.... A, 65 ans.

- Présente depuis novembre 1957

- des troubles urinaires à type difficulté d'uriner, de dysurie.
- des troubles digestifs vagues, douleurs abdominales sans siège ni horaire fixes.
- plusieurs poussées de fièvre récente.

. Auparavant le malade n'avait jamais eu d'ennuis de santé,

. le toucher rectal permet de sentir une tumeur pelvienne, vraisemblablement extra-vésicale, très dure à gauche.

. la cystoscopie met en évidence une tumeur infiltrant la vessie, mamelonnée, située à la face postérieure, faisant corps avec le haut de l'ampoule rectale.

. le lavement baryté montre une rigidité au niveau d'une face de l'ampoule rectale.

- Le 26 avril 1958, on pratique une cystectomie partielle avec résection recto-sigmoïdienne (Pr. ABOULKER) et suture colo-rectale avec colostomie de décharge. Le diagnostic per-opératoire est celui de cancer. Pas de métastases.

- A noter que :

.. A l'ouverture du péritoine, on constate que le recto-sigmoïde est très fortement adhérent à la face postéro-supérieure de la vessie et que le rectum semble tassé dans l'excavation.

.. A l'ouverture de la pièce opératoire, on constate qu'il s'agit d'une tumeur de vessie propagée à la partie haute du rectum et du recto-sigmoïde.

- L'examen anatomo-pathologique, malgré de multiples prélèvements ne peut retrouver aucune formation tumorale. La muqueuse vésicale est remplacée par un granulôme inflammatoire de type banal. Ce processus inflammatoire se prolonge dans la paroi rectale respectant partiellement la muscu-

leuse. Il existe une coque scléro-lipomateuse très épaisse qui soude entre elles les diverses portions viscérales que l'on peut étudier. Il est difficile de préciser l'origine de l'affection.

- En conclusion : il s'agit d'un granulome inflammatoire inter-vésico-rectal, dont le point de départ ne peut être prouvé.

- Le 17 septembre 1958, on procède à la fermeture de l'anüs

- Depuis le malade va bien.

OBSERVATION n° 5

Madame M.. Ch..., 75 ans.

- Vient consulter en octobre 1962 pour :

- des douleurs abdominales vagues,
- plusieurs selles diarrhéiques par jour,
- des rectorragies,
- des hémorroïdes s'accompagnant de douleurs anales.

. le toucher rectal montre une ulcération intéressant les 3/4 du canal anal débordant sur le versant rectal et à l'extérieur. On suspecte un cancer, malgré l'absence de dureté franche.

. la biopsie faite le 29 octobre :

- permet d'éliminer un épithélioma du canal anal,
- mais hésite entre un granulome inflammatoire réticulo-plasmocytaire, spécifique ou non, et une affection du type réticulo-sarcôme.

- En novembre 1962, même aspect avec suppuration abondante.

- la réaction de Bordet Wassermann est négative.
- la crase sanguine, la numération sont normales.

- En décembre 1962 :

- l'examen des selles montre de nombreuses colonies de colibacilles, l'absence de staphylocoques et de candida.

- la réaction de FREI est négative.

- une nouvelle biopsie pratiquée au niveau de l'ampoule rectale et de la jonction ano-rectale fait poser le diagnostic de granulome inflammatoire, sans spécificité. Aucune image tumorale.

- En février 1963, la malade est hospitalisée en urgence pour rectorragies.

- la rectoscopie retrouve les mêmes lésions suppurantes au niveau de la marge anale et de la portion terminale du rectum. Mais à 10, 12 cms, séparée des précédentes lésions par une muqueuse saine, la muqueuse rectale est épaisse, framboisée, indurée.

- le prélèvement effectué à ce niveau montre une infiltration inflammatoire assez dense de la sous-muqueuse.

- Le traitement médical est poursuivi;

OBSERVATION n° 6

(BELLE. FOSE. ALLEN 1951)

- Apparition en aout 1950,, chez un fermier de 24 ans, habituellement bien portant, d'une constipation progressivement croissante, sévère, s'accompagnant de lombalgies, d'asthénie, de fièvre.

- l'amaigrissement est important.

- pas d'adénopathie palpable.

- sang dans les selles.

. La rectoscopie montre une muqueuse saignotante, granuleuse, oedématisée, de consistance cartilagineuse.

La lésion débute à 3 cms de la marge, s'étend vers le haut, fait le tour de la paroi rectale en obturant presque complètement la lumière.

Le diagnostic clinique est celui de cancer.

. la numération montre une anémie importante (2.450.000 globules rouges) et une hyperleucocytose à 20.350 globules blancs.

- la réaction de FREI et la fixation du complément, la réaction de WEIL FELIX, la recherche d'agglutinines pour l'Eberth, les Para A et B, la brucellose sont négatives.

Pas d'amibes, pas de parasites dans les selles.

A noter que les réactions de KAHN et de BORDET WASSELMANN sont positives dans le liquide céphalo-rachidien.

- la biopsie ne montre aucun signe de spécificité, aucun élément néoplasique et conclut à un granulome de cause indéterminée.

- le malade est soumis à un traitement par auréomycine (117 g en 3 mois) et pénicilline.

- La guérison est complète, confirmée par un contrôle un an après.

OBSERVATION n° 7

(DARMAILLACQ. PRUNEAU et JONES 1953)

- Apparition chez un homme de 42 ans, sans antécédent digestif, de signes de rectite avec douleurs et selles glaireuses mucopurulentes et sanglantes.

Le malade attend 6 mois avant de se décider à consulter.

- le toucher rectal découvre à bout de doigt sur la face latérale droite de l'ampoule une zone indurée, épaissie dont la limite supérieure ne peut être perçue.

- le diagnostic d'épithélioma infiltrant paraît évident, malgré la négativité de la biopsie.

- la réaction de FREI est négative. Pas d'amibes dans les selles. Pas de parasitose.

- L'intervention est pratiquée : le sphincter anal est conservé avec abaissement du colon, type BABCOCK.

- l'examen histologique de la pièce montre :

.. une muqueuse de structure normale. Le chorion est

parsemé d'éléments inflammatoires et présente quelques petites suffusions hémorragiques.

.. l'absence d'images de dégénérescence maligne.

.. la sous-muqueuse est très épaisse, envahie par une importante fibrose, élément dominant.

- La guérison est obtenue avec une bonne continence

OBSERVATION n° 8

Dr. EDELMANN 1958

- Il s'agit d'une femme de 52 ans, hospitalisée pour occlusion basse, succédant à une phase d'obstruction incomplète de 3 semaines.

- le toucher rectal retrouve un rétrécissement très serré à 3 cms au-dessus de la marge, n'admettant pas le doigt. Le passage d'une grosse sonde suffit à rétablir le transit.

L'examen au speculum découvre une petite fistule recto-vaginale.

- le lavement baryté montre un rétrécissement et confirme l'existence de la fistule.

- la réaction de FREI est négative.

- la biopsie ne met en évidence que des lésions inflammatoires banales.

- Après une bonne préparation, on pratique une intervention du type BABCOCK :

- la zone rectale sténosée est très adhérente,

- les suites sont simples.

- Au VIIème jour : mort subite, inattendue, inexplicable par l'autopsie la plus complète.

- l'histologie confirme le diagnostic de tumeur inflammatoire non spécifique. A noter l'importance de la réaction du tissu cellulaire péri-rectal épaissi par l'oedème avec de nombreux infiltrats inflammatoires.

OBSERVATION n° 9

Dr. EDELMANN 1958

- Il s'agit d'une femme de 56 ans, traitée médicalement depuis 3 ans pour rétrécissement rectal, qui est hospitalisée en urgence pour occlusion aiguë.

- le toucher rectal découvre un rétrécissement à 7 cms de la marge anale.

- Dans un premier temps, en urgence, on pratique une colostomie iliaque gauche.

- la biopsie montre un granulome inflammatoire diffus, parsemé de néo-vaisseaux.

- Dans un deuxième temps : résection recto-sigmoïdienne avec anastomose colo-rectale.

- l'examen de la pièce confirme : ulcération de la muqueuse et sclérose inflammatoire diffuse de toute l'épaisseur de la paroi rectale. Petits foyers de calcification, hypertrophie des filets nerveux témoignant de l'ancienneté du processus inflammatoire.

- Un an plus tard : anastomose parfaitement souple, calibre rectal normal.

OBSERVATION n° 10

Dr. EDELMANN 1958

- Existence depuis plus d'un an d'un syndrome ano-rectal douloureux, avec ténésme poussées aiguës de fièvre, émission de pus et de sang.

- le toucher rectal découvre un rétrécissement circulaire pseudo-tumoral, situé à 4 cms de la marge, la muqueuse paraît normale, mais repose sur un blindage sous-muqueux très épais, dur, fixé et vallonné.

- à deux reprises l'intradermo-réaction de FREI est négative.

- les biopsies successives montrent des lésions inflammatoires banales sous une muqueuse normale.

- Le malade est soumis pendant 6 mois à divers traitement médicaux (antibiotiques, sulfamides) sans la moindre amélioration.

- On pratique une colostomie gauche, laquelle fait disparaître le syndrome douloureux, mais n'entraîne aucune modification des signes physiques.

- On décide d'intervenir : intervention de type BABCOCK, très difficile en raison de la fixité de la zone sténosée, enserrée dans une "véritable coulée de ciment".

- Les suites sont perturbées par un sphacèle partiel du colon extériorisé, puis par une occlusion du grêle qui oblige à une réintervention.

- la mort survient le 14 ème jour.

- l'examen histologique de la pièce montre :

.. l'absence d'éléments néoplasiques,

.. que la muqueuse est congestive et non ulcérée,

.. qu'il existe oedème, sclérose et infiltration inflammatoire de la sous-muqueuse et de la musculuse. La sclérose diffuse de toute la paroi rectale, parsemée de foyers inflammatoires, pénètre dans la tissu cellulo-graisseux.

QUE CONCLURE DE L'ETUDE COMPARATIVE DE CES OBSERVATIONS ?

1 - il apparaît que ces tumeurs inflammatoires frappent en proportion sensiblement égale les deux sexes.

- Dans 8 cas, le malade avait plus de 50 ans, dans les deux autres, il était âgé de 24 à 38 ans.

2 - La symptomatologie de ces différentes observations est banale. Elle attire d'emblée l'attention sur la sphère rectale, ou du moins sur la sphère digestive basse,

- .. qu'il s'agisse de faux besoins, d'écoulement de pus et de sang,
- .. qu'il s'agisse de diarrhée rebelle,
- .. qu'il s'agisse de rectorragies, parfois fort importantes,
- .. qu'il s'agisse enfin de constipation pouvant aller jusqu'à l'occlusion.

- Certains cas, plus rares, n'évoquent pas de prime abord une lésion rectale, telle l'observation n° 4 où la symptomatologie était essentiellement urinaire.

- A noter enfin que :

- .. la fièvre n'est pas fréquente, mais se retrouve dans 3 cas,
- .. l'amaigrissement, rare, est très marqué quand il existe.

- de toutes façons, un examen complet s'impose, comprenant donc le toucher rectal.

3 - C'est en effet le résultat de l'exploration ano-rectale qui est le dénominateur commun aux différentes observations.

Certes les lésions sont extrêmement polymorphes, qu'il s'agisse de végétations polypôides, d'ulcérations, de rétrécissement isolé;

Cependant un point est commun à presque tous les cas, c'est l'infiltration, souvent très étendue, de la paroi rectale et péri-rectale; cette péri-rectite étant souvent considérable.

4 - En fait, à l'issue de cet examen le problème diagnostique reste entier.

A - Au premier abord, chez la plupart des malades, le diagnostic porté est celui de cancer du rectum. Tout y est, les végétations saignant au contact, les ulcérations, et surtout l'infiltration cartonnée de la paroi.

Ce n'est que sur la négativité répétée des prélèvements biopsiques que peut être éliminé ce diagnostic de néoplasie. On sait cependant avec quelle réserve doivent être accueillies ces réponses négatives. C'est pourquoi il faut multiplier les prises, ce qui n'est pas toujours facile. En fait, bien souvent, malgré l'absence d'image tumorale à l'histologie, ces malades sont opérés avec le diagnostic de cancer. C'est l'examen de la pièce opératoire qui redresse le diagnostic.

B - Devant une forme sténosante pure, on envisage, malgré sa rareté actuelle, la possibilité de sténose inflammatoire spécifique, c'est à dire essentiellement de maladie de Nicolas FAVRE.

Ce diagnostic est éliminé, non pas tant sur l'intradermo-réaction de FREI que sur la réaction de déviation du complément.

C - L'absence d'amibes dans les selles, le peu d'effet du traitement éméthinien permettent de rejeter l'éventualité d'une sténose amibienne.

D - D'autres diagnostics peuvent être envisagés :

.. Un lymphosarcome, éliminé sur la négativité de l'examen histologique, sur des arguments évolutifs.

.. Les autres lésions ulcéro-végétantes du recto-sigmoïde :

- une amibiase du type végétant,

- une tuberculose ulcéro-hypertrophique, éliminées sur

l'issue du traitement médical d'épreuve.

.. Une tumeur d'origine syphilitique : mais dans l'observation que nous avons rapportée, la pénicilline négativait les réactions de

KAHN et de BORDET WASSERMANN, mais restait sans effet sur la tumeur. Il fallait l'auréomycine à des doses élevées et prolongées pour voir disparaître les signes physiques.

E - Enfin, dans certains cas, ont pu être envisagées les possibilités

.. d'actinomycose

.. de localisation ano-rectale de la maladie de CROHN

.. de recto-colite hémorragique,

éliminées sur les signes physiques, les examens complémentaires.

Il apparaît donc qu'on ne peut porter le diagnostic de tumeur rectale inflammatoire aspécifique que par élimination.

5 - Le dernier trait qui frappe à l'étude de ces tumeurs est leur caractère évolutif.

On assiste souvent à des remaniements considérables des lésions dont l'observation N° 1 constitue l'exemple le plus marquant : disparition complète d'une lésion jugée néoplasique et inextirpable sous l'effet d'une colostomie. Réapparition des lésions lors du rétablissement de la continuité.

Dans la plupart des cas, le remaniement des lésions peut être considéré comme un des facteurs les plus propres à différencier les tumeurs inflammatoires des tumeurs néoplasiques qui se remanient beaucoup moins rapidement.

6 - Reste le problème pronostique :

Sur les 10 cas étudiés :

.. 6 ont évolué vers la guérison :

- 4 après amputation de la tumeur (observations N° 1, 4 7,9).

- 2 après traitement médical isolé (observations N° 2,6).

.. 3 ont évolué vers la mort : tous dans les suites proches d'une amputation chirurgicale :

- Dans l'observation N° 3, du fait d'un abcès du foie ouvert dans la cavité péritonéale.

- Dans l'observation N° 8, une semaine après une intervention type BABCOCK. Décès inexpliqué.

- Dans l'observation N° 10, 15 jours après un BABCOCK est apparue une occlusion du grêle, nécessitant une réintervention et entraînant la mort.

.. On manque encore de recul pour juger le malade N° 5, traité médicalement.

oOo

ETUDE DE NOTRE OBSERVATION

- Mr. C ... Lucien, 35 ans, manutentionnaire, est adressé à notre Maître le Professeur VERNE, dans son service de l'Hôpital Tenon, pour hernie inguinale bilatérale.

Fin Novembre 1962 :

- . l'état général est excellent,
- . il n'y a pas d'amaigrissement,
- . pas de troubles du transit.

Le malade est mis en observation quelques jours : l'examen est normal en dehors d'un léger débord hépatique. Le toucher rectal ne note rien de particulier. Son état ne justifiant pas une intervention chirurgicale, le malade sort le 4 décembre 1962.

- Le 27 décembre 62, le malade est admis en urgence à l'hôpital Tenon pour l'apparition brutale de :

- . diarrhée avec émission de liquide sanglant et purulent,
- . douleurs lombaires depuis 4 jours,
- . douleurs sus-pubiennes depuis 24 heures avec brûlures mictionnelles.

On est d'emblée frappé par le changement considérable du malade, pâle, fatigué, fébrile (39°), considérablement amaigri puisqu'il a perdu 10 Kilogs depuis 3 semaines.

L'interrogatoire retrouve l'existence d'un passé digestif : ce malade a fait la guerre d'Indochine et présenté :

. en 1947, une crise de paludisme traitée par quinine, n'ayant pas récidivé,

. en 1948, dysenterie amibienne avec découverte dans les selles de nombreuses amibes hématophages. Traitement éméтинien.

. en 1949, retour en France. Il persiste pendant quelque temps une colite avec alternance de diarrhée et constipation, puis tout rentre dans l'ordre.

. en 1960, il aurait présenté une hémorragie digestive. Mais tous les examens pratiqués se sont révélés normaux.

Au toucher rectal : il existe, à 7-8 centimètres, une tumeur dure, saignant assez facilement.

La rectoscopie faite le 3 janvier retrouve la tumeur, mais note l'absence d'ulcération de la muqueuse rectale. On a l'impression d'un envahissement venant d'un cancer vésical.

La biopsie (Dr. FAVRE) précise : le bourgeon rectal est tapissé par une muqueuse lieberkuhnienne d'architecture et de cytologie normales. La sous-muqueuse est fibreuse et contient des infiltrats inflammatoires polymorphes, par endroits denses, comportant en particulier de nombreux polynucléaires. Cet examen montre donc des lésions de rectite aiguë, sans lésion tumorale.

Les examens complémentaires montrent :

- . l'existence d'une infection urinaire à entérocoques,
- . une anémie à 3.950.000 globules rouges, avec hyperleucocytose à 21.600
- . l'ionogramme, l'urée, la glycémie sont normaux.
- . Enfin à l'examen bactériologique de l'écoulement rectal, il n'y a pas de staphylocoques ni de colibacilles pathogènes.

Le malade est soumis à un traitement par Rufol, Pénicilline (5 millions), Colimycine (5 m), Ganidan.

- Le 8 janvier : Amélioration des symptômes fonctionnels et généraux :

- . la diarrhée a cessé,

- . la température est tombée à 37°,
- . mais le malade demeure fatigué.

Une numération globulaire montre :

- . la persistance de l'anémie (3.600.000),
- . la disparition de l'hyperleucocytose.

Une urographie intraveineuse (8. 1. 63) se révèle normale :

- . à l'étage rénal : sur le plan morphologique et fonctionnel,
- . à l'étage urétéral,
- . à l'étage vésical : la vessie est régulière, sans résidu appréciable après miction.

- Le 14 janvier : Nouvelle rectoscopie avec biopsie.

On retrouve entre 5 et 7 cms la tuméfaction, siégeant transversalement sur la face antérieure du rectum, saignant assez facilement mais non friable.

L'aspect rectoscopique n'est pas celui que l'on observe habituellement dans les épithéliomas de l'ampoule. On a à nouveau l'impression d'un envahissement du rectum par un cancer vésical. Cet aspect pourrait également correspondre à une rectite végétante localisée, vénérienne ou parasitaire.

A l'examen histologique : pas de fragments tumoraux. Les cellules de surface sont très hypersécrétantes, et le chorion est fibreux. Cellules inflammatoires, mais en petit nombre.

- Le 15 janvier :

- . les réactions de BORDET-WASSERMANN et de KLINE sont négatives, ainsi que la gonoréaction.
- . la recherche d'amibes dans les selles est négative.

Devant la négativité de ces recherches, le diagnostic du cancer vésical propagé au rectum paraît le plus vraisemblable. (Données rectoscopiques du 14 janvier).

- Aussi, pratique-t-on une cystoscopie (18 janvier) : le cystoscope montre une infiltration bourgeonnante du trigone et de la face postérieure (basse) de la vessie. L'impression recueillie est celle d'une tumeur à point de départ rectal avec envahissement vésical.

Le même jour, on pratique une dilatation anale qui permet de prélever plusieurs fragments sur la tumeur.

Ce prélèvement d'ampoule rectale comporte plusieurs fragments :

. les uns sont des pseudo-polypes, comportant un axe conjonctif fibreux, entouré d'une muqueuse lieberkuhnienne normale, non hyperplasique, mais dont le chorion est infiltré de nombreuses cellules inflammatoires lymphoplasmocytaires. Les glandes elles-mêmes sont hypersecrétantes.

. les autres sont faites des deux couches de la musculouse et de la graisse péri-rectale. La musculouse elle-même est normale. La graisse péri-rectale est très fibreuse et contient des artères dont la lumière est rétrécie par endartérite.

. En conclusion : ce prélèvement ne contient aucune cellule tumorale. Il comporte des signes de rectite hypersecrétante et hémorragique. Il n'a pas été trouvé de parasites.

- L'état général du malade ne s'améliore pas, bien au contraire. Il perd chaque jour du poids, mange peu, se sent très fatigué et son teint est extrêmement pâle.

- Le 30 janvier : brusque clocher thermique à 40°. Une hémoculture est pratiquée qui s'avère négative en milieu aérobie et anaérobie. Le malade est mis à la Flabelline.

Les examens complémentaires ne montrent pas grand chose de nouveau.

Numération globulaire : 4.100.000 hématies,
19.500 globules blancs.

La coproculture montre l'absence de staphylocoques et de colibacilles pathogènes.

Il existe quelques kystes de pseudolimax dans les selles, mais toujours absence d'amibes.

Enfin la réaction de FREI est négative.

- 3 février : la fièvre est pratiquement tombée, mais l'état du malade demeure très préoccupant.

Une recherche de parasites dans les selles est une nouvelle fois négative.

L'urée, la glycémie, les protides sont normaux. L'ionogramme montre un potassium à 3 meg.

L'hématocrite est à 35°/.

- 5 février : clocher thermique à 39°4.

- 10 février : clocher thermique à 40°.

- 11 février : Devant l'aggravation progressive, sans rémission de l'état du malade, devant ces clochers thermiques impossibles à contrôler.

. l'intervention est décidée : - laparotomie exploratrice,
- colostomie éventuelle.

. après réanimation soigneuse.

Compte-rendu opératoire 13 février 1963 (Dr. THENAULT-FONTANELLE).

1 - Intervention exploratrice pour tumeur pelvienne. Diagnostic probable, pré-opératoire : cancer de la vessie.

. médiane sous-ombilicale.

. Il s'agit en effet d'une énorme tumeur englobant surtout la vessie, le sommet de l'anse sigmoïde, la partie inférieure de cette anse, les uretères.

. Adhérence aux parois du pelvis.

. Le diagnostic de cancer paraissant évident, on ne fait pas de biopsie devant les risques de fistule.

2 - On se contente de pratiquer un anus iliaque gauche sur baguette. Fermeture au tergal.

Les suites opératoires immédiates sont mouvementées : le malade est dans un état grave. Les rectorragies sont abondantes :

. nécessitant plusieurs transfusions,

. un tamponnement rectal par 2 mèches à prostate tassées dans l'ampoule.

Parallèlement, n'existe pas de perturbation biologique marquée :

- . urée, glycémie sont légèrement augmentées,
- . ionogramme, protides, hématocrite sont normaux,
- . l'anémie est modérée à 3.970.000 globules rouges, 17.200 globules blancs.

L'évolution se précipite. De jour en jour, le malade change. Malgré le traitement, malgré la réanimation, il maigrit, son teint devient gris, il n'absorbe plus rien. Sa courbe thermique oscille entre 37°5 et 38°5. Pas de signe de collapsus. On se trouve devant un tableau de cachexie néoplasique mais à marche extrêmement rapide.

Après débridement l'anus fonctionne peu mais bien, donnant en outre issue à du sang noirâtre, des végétations de type mucoïde.

- Le 20 février 1963 à 8 h. : décès du malade.

L'autopsie confirme les données de la laparotomie exploratrice : Envahissement complet du petit bassin avec adhérence considérable aux parois. Les tissus crissent sous le ciseau. Aspect scléreux.

Prise des uretères dont on ne retrouve pas les orifices.

Exérèse en masse du contenu du petit bassin : la vessie atropho-hypertrophique présente une paroi épaissie (1 cm¹/2), rétractée, la lumière vésicale étant réduite au volume d'un oeuf de poule.

Existence d'une fistule vésico-rectale.

Au niveau de l'abdomen, rien de particulier sinon une discrète augmentation de volume du foie sans autre anomalie.

L'espace rétro-péritonéal est normal.

Le bloc coeur-poumons, le cerveau ne présentent pas d'anomalies notables.

La pièce apportée au laboratoire comporte le bloc vésico-rectal :

1 - La vessie a des parois très épaisses et rétractées. On ne trouve à sa surface aucune prolifération exophytique ou ulcérée. Il en est de même de la muqueuse rectale. La cloison recto-vésicale est dense, comme

infiltrée, et le siège d'une petite fistule. Des coupes sont faites tout le long de cette cloison recto-vésicale.

2 - L'étude histologique n'a pu mettre en évidence malgré la multiplicité des coupes la moindre zone tumorale :

- Il existe de très importantes zones de nécrose, aussi bien au niveau de la muqueuse vésicale que de la muqueuse rectale ou de la cloison.

- Cette cloison inter-vésico-rectale est occupée par une sclérose extrêmement dense qui dissocie de part et d'autre les musculatures vésicales et rectales. Elle comporte une hyperplasie nerveuse lymphatique extrêmement nette et contient également de nombreux vaisseaux, entourés d'infiltrats lymphoplasmocytaires importants.

- En conclusion : ces prélèvements montrent l'existence d'une sclérose rétractant les parois de la vessie et envahissant la cloison vésico-rectale. Il existe des plages de nécrose au niveau des muqueuses rectale et vésicale et dans la cloison qui les sépare.

Il s'agit donc d'une tumeur inflammatoire dont le point de départ est inconnu, ayant envahi vessie et rectum, et ayant entraîné la mort en moins de 2 mois dans un tableau de cachexie néoplasique.

Quelles conclusions peut-on tirer de l'exposé de notre observation ? Quels problèmes a-t-elle soulevés ? Les conclusions auxquelles nous avons abouti sont-elles en rapport avec les données actuelles de la maladie ?

1 - Sur le plan clinique

La symptomatologie est banale et oriente d'emblée les recherches vers une atteinte du bas appareil digestif.

. rectite avec diarrhée, émission de liquide sanglant et purulent,

. mais aussi symptomatologie urinaire, ce qui n'a rien d'étonnant étant donné l'envahissement vésical par la tumeur.

Un fait cependant mérite d'être souligné : l'amaigrissement considérable (10 Kgs en 3 semaines) retrouvé d'ailleurs dans d'autres observations (Observations N° 1 et 3).

2 - Le problème diagnostique

S'est révélé singulièrement ardu puisque jusqu'à l'examen histologique de la pièce d'autopsie, la nature de cette tumeur n'a pu être établie avec certitude.

Dans la plupart des observations, nous avons vu que le premier diagnostic posé était celui d'épithélioma du rectum :

. soit dans sa forme infiltrante,

. soit dans sa forme bourgeonnante ; mais les cancers ampullaires bourgeonnants sont, en règle générale, des tumeurs ulcérées reposant sur une induration moins diffuse. Dans notre observation, la muqueuse était normale, et l'envahissement pelvien total puisque bloquant pratiquement le petit bassin, ce qui est tout de même peu fréquent pour une tumeur d'apparition récente. De plus les biopsies s'avéraient peu concluantes.

Ce diagnostic d'épithélioma rectal écarté, les données de la rectoscopie et de la biopsie amenèrent à envisager :
essentiellement une néoplasie vésicale, avec envahissement rectal de voisi-

nage. C'était le diagnostic le plus vraisemblable, d'autant qu'il existait au premier plan du tableau clinique une symptomatologie urinaire.

Mais la cystoscopie, si elle montrait une infiltration du trigone, ne pouvait conclure en faveur de l'existence d'une tumeur maligne de la vessie.

Alors que la rectoscopie offrait un aspect de mitose vésicale propagée au rectum, la cystoscopie donnait l'impression d'une tumeur rectale envahissant les organes de voisinage.

Nous pensâmes systématiquement à la maladie de Nicolas FAVRE, malgré l'absence de sodomie passive, malgré l'absence d'adénopathie inguinale, malgré sa rareté actuelle.

En effet le rétrécissement lymphogranulomateux s'accompagne d'une véritable gangue indurée bloquant le rectum dans le petit bassin. Mais il n'existe pas de tumeur, l'atteinte rectale est plus diffuse, transformant l'ampoule en un entonnoir irrégulier, ce qui n'était pas le cas chez notre malade.

L'examen histologique ne put montrer les caractères spécifiques de la maladie avec la présence de granulome spécifique.

Enfin et surtout la réaction de FREI et la réaction de déviation de complément restèrent négatives.

Le problème restait donc entier. Certes il était impossible d'éliminer le diagnostic de rectite vénérienne ou parasitaire, et toutes les recherches furent faites en ce sens.

En premier lieu, ne s'agissait-il pas d'une tumeur amibienne ? La tentation était d'autant plus forte que notre malade présentait des antécédents d'amibiase : épisode aigu 13 ans plus tôt, phénomènes colitiques dans les années qui suivirent :

. l'aspect endoscopique des amaebômes est souvent proche de celui de notre tumeur : masse bourgeonnante, mal limitée à base indurée, parfois non ulcérée, et fixant souvent le rectum aux organes voisins.

Mais ce diagnostic dut être rejeté car,

. l'examen des selles ne put mettre en évidence la moindre amibe pathogène, le moindre kyste.

. l'aspect histologique n'était pas celui d'un amaébome : foyers ulcéreux, tissu de granulation avec éléments cellulaires polymorphes, sclérose périphérique.

. et surtout l'examen répété des prélèvements rectaux ne put mettre en évidence l'amibe.

Bien qu'elle soit rare sous nos climats, nous envisageâmes également la possibilité d'une BILHARZIOZE, et en particulier d'un schistozoma Manzoni, à plus forte raison chez ce sujet ayant beaucoup voyagé. En effet la bilharzioze rectale peut s'accompagner de selles glaireuses et sanglantes, et se traduire par une tumeur polypoïde saignotante évoquant la possibilité de lésion maligne.

Mais là encore l'importance du blocage pelvien, la négativité des examens complémentaires ne purent permettre de retenir ce diagnostic.

L'aspect pouvait être celui d'une tumeur syphilitique scléro-gommeuse : outre le fait qu'il s'agit là de tumeurs exceptionnelles, la sérologie était négative et le diagnostic dut être rejeté.

Etant donné l'aspect rectoscopique (absence d'ulcération de la muqueuse) nous fûmes amenés à envisager la possibilité :

. D'une tumeur de la série lymphatique

Mais il n'existait pas de signes de spécificité cellulaire ni de malignité sur les différentes coupes histologiques, pas de signes de métastases au niveau des différents organes.

. De métastase rectale d'un épithélioma primitif

Celui-ci ne fut pas retrouvé par les examens successifs, cliniques complémentaires et finalement par l'autopsie.

Dans notre embarras, nous nous vîmes obligés de faire le tour de la pathologie rectale :

. Pouvait-il s'agir d'une recto-colite hémorragique ?

- On sait que certains auteurs (CATTAN) trouvent au cours de l'évolution de cette maladie l'apparition d'un tissu de granulation inflammatoire envahissant la sous-muqueuse, la musculuse pouvant même atteindre la sous-séreuse et s'accompagner d'une scléro-lipomatose importante.

- D'autre part la recto-colite peut comporter une détermination rectale isolée.

Mais ce diagnostic dut être rejeté devant :

- l'absence d'atteinte de la muqueuse. En effet la recto-colite est essentiellement une maladie de la muqueuse digestive qui est fragile, saignant spontanément ou au moindre contact (l'atteinte des couches sous-jacentes ne se faisant qu'après ulcération de la muqueuse).

- l'absence des caractères histologiques particuliers à la maladie : association d'atteinte muqueuse, d'altérations vasculaires, dilatation des veines et des capillaires, avec parfois lésions d'endartérite.

- l'importance de la périrectite : la recto-colite ne pose pas le problème de la malignité.

. Pouvait-il s'agir d'une actinomycose ?

Elle se présente en général sous forme d'un gros bloc ligneux, avec trajets fistuleux et gros abcès. Cette sténose large et périrectale s'accompagne souvent d'une muqueuse intacte. Cependant dans le pus ou dans la paroi des poches abcédées, dans les fistules, on trouve des grains jaunes. Ceux-ci examinés au microscope permettent le diagnostic en montrant l'existence de champignons rayonnés typiques.

Ce diagnostic fut rejeté.

Nous pensâmes également à une étiologie tuberculeuse.

D'autant que la forme hypertrophique est souvent d'apparence primitive et qu'elle s'accompagne de rectite avec écoulement purulent. Le toucher rectal peut trouver une induration localisée sur une des parois du rectum.

Mais ce diagnostic ne put être retenu car :

- la radio pulmonaire était normale,

- la biopsie ne montrait pas l'aspect folliculaire avec cellules géantes,

- on ne put retrouver de bacille de Koch.

L'hésitation était donc grande, aucun des diagnostics envisagés n'étant satisfaisant. Et si les prélèvements biopsiques étaient en faveur d'une tumeur inflammatoire non spécifique, le tableau clinique, l'état général du malade semblaient aller contre cette possibilité.

En fait, nous l'avons vu, le diagnostic ne put être posé, les examens complémentaires successifs se trouvant tour à tour négatifs. Même l'intervention exploratrice, même l'autopsie ne purent affirmer la nature de cette tumeur, l'impression étant que l'on avait affaire à une tumeur maligne.

C'est l'examen anatomo-pathologique de la pièce nécropsique qui apporta enfin la réponse. Malgré la multiplicité des coupes, il fut impossible de retrouver la moindre cellule néoplasique, le moindre parasite. Cette tumeur présentait tous les caractères d'une tumeur inflammatoire, bénigne, aspécifique du rectum. Le problème n'était pas tout à fait résolu, car il restait à trouver le point de départ de cette tumeur.

3 - En effet quelle en était l'origine ?

On ne retrouvait pas chez ce malade d'antécédents de curiéthérapie ou de radiothérapie dont on sait qu'elles peuvent entraîner des lésions rectales parfois assez voisines.

Une origine extrinsèque du type rétrécissement recto-colique pseudo-tumoral de Kuss à point de départ urinaire.

Certes il existait des signes de cystite au premier plan de la symptomatologie, mais les examens complémentaires ne purent mettre en évidence d'atteinte urinaire primitive, la vessie semblant envahie par tumeur de voisinage.

L'étiologie diverticulaire est fréquemment retrouvée dans les tumeurs inflammatoires du colon. On sait d'ailleurs que des diverticules siégeant sur le bas sigmoïde et la charnière recto-sigmoïdienne peuvent enserrer la paroi rectale, elle-même indemne de toute lésion, dans un bloc fibreux

prolongeant le méso scléro-lipomateux du sigmoïde. Mais d'une part les constatations radiologiques et opératoires montrèrent l'intégrité colique, d'autre part l'aggravation des lésions après colostomie obligèrent à rejeter cette étiologie.

L'hypothèse d'un granulome par corps étranger dut être rejetée sur l'absence d'antécédents, sur les caractères même de la lésion.

L'existence de formations lymphoïdes assez développées pouvait faire envisager la possibilité de localisation rectale d'une infection microbienne amenée par voie sanguine. A l'appui de cette hypothèse on pouvait évoquer l'~~existence~~ d'un épisode fébrile initial.

On sait également que certains auteurs ont pensé que l'étiologie de ces tumeurs pouvait être virale. Aucun élément ne put confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Enfin, il est une affection qui se trouve à la limite du diagnostic différentiel et du diagnostic étiologique : la maladie de CROHN. C'est un problème fort discuté actuellement :

Pour certains (Congrès Belge de 1958)

Le recto-sigmoïde, lieu d'élection de la colite ulcéreuse hémorragique, de la sigmoïdite diverticulaire et des rétrécissements péricoliques pseudo-cancéreux de Kuss, semble pratiquement à l'abri de la tumeur inflammatoire granulomateuse du type CROHN.

En fait, il semble que le rectum puisse être le siège d'une maladie de CROHN, entraînant parfois des lésions assez semblables à celles de notre malade. Mais contre cette hypothèse il existait des arguments qui nous firent rejeter ce diagnostic :

- La localisation rectale d'une maladie de CROHN n'est jamais isolée. Elle s'accompagne de lésions iléales ou iléo-coliques. Ces lésions associées ne purent être mises en évidence d'un bout à l'autre de l'évolution.

- L'examen anatomo-pathologique montre en cas de CROHN :

. une atteinte inconstante de la muqueuse présentant parfois de petits ulcères, mais conservant toujours des zones normales.

. un oedème de la sous-muqueuse avec infiltration inflammatoire (leucocytes, plasmocytes, lymphocytes) et avec dilatation.

Ces caractères sont assez proches des lésions que nous avons trouvées à nos biopsies successives, mais il n'existait pas un caractère très important : la prolifération cellulaire réticulo-endothéliale avec cellules géantes au milieu de cellules épithélioïdes groupées en amas. Cependant l'on sait que ce caractère est inconstant et que son absence ne permet pas de rejeter le diagnostic.

- La maladie de CROHN ne s'accompagne pas d'une réaction péri-rectale aussi intense.

- enfin notre observation ne montrait pas ce caractère évolutif si particulier au CROHN qu'est la récessibilité.

4 - Mais l'aspect le plus déroutant de notre observation fut certainement son génie évolutif.

Tous les auteurs ont été frappés par les remaniements considérables observés au cours de l'évolution de ces tumeurs, à tel point que ce caractère peut être considéré comme un des facteurs les plus propres à différencier les tumeurs inflammatoires des tumeurs néoplasiques. Le meilleur exemple en est l'observation N° 1 rapportée par CATTAN et LEIBOVICI.

- en mars 1956 : découverte d'une lésion localisée à la face droite de l'ampoule rectale.

- le 4 mai : elle avait atteint le pourtour de la paroi rectale et s'accompagnait de sténose. Il existait en plus des végétations, quelques ulcérations.

- le 18 Mai : la lésion s'était étendue en hauteur et l'on voyait apparaître des placards blanchâtres d'aspect cicatriciels.

- en novembre : au-dessus de la sténose, une endoscopie pratiquée par l'orifice inférieur de la colostomie montrait l'apparition de mamelons indurés sous-muqueux.

- en décembre : les lésions très étendues étaient encore ulcéreuses et végétantes.

- en 1959 : surprise : l'examen rectal est absolument normal, à tel point que l'on rétablit la continuité.

- moins de 2 ans après : réapparition brutale des troubles fonctionnels. Extension rapide des lésions rectales qui ne rétrocedent pas sous colostomie et deviennent circulaires et bourgeonnantes.

- en janvier 1962 : sténose très dure, infranchissable. La progression des lésions est telle que l'on doit se résoudre à l'amputation.

Les exemples pourraient être multipliés. Dans près de la moitié des cas, on est frappé par l'existence dès le premier examen de lésions extrêmement importantes coïncidant avec une apparition relativement récente des troubles fonctionnels.

Notre observation ne va pas s'inscrire contre cette donnée. Bien au contraire. Nous pûmes pratiquement fixer avec certitude le moment où la maladie débuta et enregistrer le remaniement considérable des lésions.

- novembre 1962 : notre malade est hospitalisé pour hernie inguinale ne justifiant pas une intervention chirurgicale. Le toucher rectal ne montre aucune anomalie. L'état général est excellent. Le malade sort le 4 décembre 1962.

- C'est entre le 4 et le 27 décembre que la maladie va débiter. En trois semaines elle entraîne :

- . un amaigrissement considérable (10 kg)
- . une altération profonde de l'état général. Le malade est pâle, fatigué, fébrile (39°)
- . et au toucher rectal, l'apparition d'une tumeur, dure sensible, saignante, avec périrectite, s'accompagnant d'un syndrome rectal intense.

Les examens successifs vont montrer l'accentuation extrêmement rapide des lésions :

- le 14 Janvier : la tumeur s'étend transversalement sur la face antérieure du rectum. L'infiltration péri-rectale a augmenté.

- le 18 janvier : la cystoscopie met en évidence un envahissement du trigone semblant venir d'une tumeur rectale.

- le 13 février : on découvre à la laparotomie une énorme tumeur adhérent aux parois du pelvis, englobant la vessie, le rectum, la partie inférieure et le sommet de l'anse sigmoïde, les uretères. Cette tumeur est jugée inextirpable.

- Décès du malade le 20 février 1963

A l'autopsie, on peut constater que jusqu'au bout la lésion n'a pas cessé de se remanier. Il existe une fistule vésico-rectale. La lumière vésicale est réduite au volume d'un oeuf de poule, l'envahissement du petit bassin est complet.

L'examen histologique de la pièce confirme cette évolutivité : il existe côte à côte des zones importantes de nécrose et de sclérose, siégeant dans les parois rectale, vésicale et dans la cloison intervesico-rectale.

Mais à côté de cette évolution strictement locale, l'évolution générale de la maladie nous a paru encore plus intéressante.

De toutes les tumeurs inflammatoires, non spécifiques du rectum dont nous pûmes recueillir l'observation, aucune n'eut cette progression rapide, inexorable, vers la mort.

En effet, si nous reprenons les différents cas que nous avons rappelés au cours d'un premier chapitre, nous voyons :

- 2 guérisons par traitement médical (Observations N° 2 et 6). Pour le malade N° 5, traité également médicalement, on manque de recul pour apprécier les résultats.

- la guérison par traitement chirurgical radical : observation N° 1, 4, 7, 9).

- 3 évolutions vers la mort :

. Dans l'observation N° 3, trois semaines après une amputation abdomino-périnéale, apparition d'une péritonite fébrile. Réintervention : rupture d'un volumineux abcès du foie dans la grande cavité péritonéale.

Décès dans la soirée.

. Dans l'observation N° 8 : huit jours après une intervention type BABCOCK, alors que l'état général était bon, décès inattendu, inexpliqué.

. Dans l'observation N° 10 : intervention de type BABCOCK suites perturbées : il apparaît :

- un sphacèle partiel du colon extériorisé,
- une occlusion du grêle obligeant à une réintervention.

Décès le 14e jour.

Ce qui est à noter dans l'étude de ces trois observations, c'est qu'aucune n'eut une évolution mortelle du fait même de la tumeur rectale.

. Dans le premier cas, le décès est survenu à la suite d'une intervention pour péritonite chez une malade fatiguée, opérée trois semaines plus tôt d'une amputation rectale.

. Dans le deuxième cas, il n'a pas été retrouvé de cause au décès. Mais à l'évidence, la cause n'en était pas la tumeur rectale.

. Dans le troisième cas, décès 14 jours après une intervention pour occlusion du grêle avec sphacèle du colon extériorisé.

Ces trois décès peuvent être considérés comme une des complications de la chirurgie abdominale, quelle qu'elle soit. Complication post-opératoire souvent difficile à prévoir, à juguler.

Dans l'observation que nous avons rapportée, le tableau était tout

différent. Nous avons assisté à l'évolution progressive, d'une seule tenue, rapide (2 mois) vers la mort.

- Sur le plan local, nous l'avons vu, la progression des lésions était telle que la tumeur fut jugée inextirpable. Une simple colostomie fut pratiquée.

- Sur le plan général, l'aggravation fut encore plus spectaculaire :

- . véritable fonte du malade qui en 2 mois perdit une vingtaine de kilogs.

- . pâleur extrême, puis teint grisâtre, sans anémie importante.

- . asthénie profonde, anorexie totale.

- . Clochers fébriles à 40°, avec hémoculture négative et incontrôlable.

Au total, un véritable tableau de cachexie néoplasique, mais à évolution infiniment plus rapide que celle d'un épithélioma. De jour en jour le changement était notable, frappant, et ce malgré toutes les tentatives thérapeutiques.

Ce fut donc une surprise de l'autopsie de ne retrouver aucune autre cause que la tumeur rectale à l'origine de cette cachexie. L'autopsie fut complète et entièrement négative.

L'histologie ne fut pas moins formelle : il s'agissait d'une tumeur inflammatoire aspécifique.

La tumeur était donc bien la cause de cette décadence extraordinairement rapide, survenue chez un homme de 36 ans, en excellent état général avant le début de sa maladie, et ayant fini par entraîner sa mort.

CONCLUSION

L'étude de notre observation de tumeur inflammatoire non spécifique du rectum comparée à l'étude de 10 observations déjà publiées nous a permis de constater :

Sur le plan clinique

- que la symptomatologie est le plus souvent rectale : rectite avec hémorragie,
- qu'il existe parfois des signes urinaires,
- que l'amaigrissement peut être considérable.

Sur le plan diagnostique les difficultés peuvent être extraordinaires, la nature inflammatoire non spécifique de la tumeur n'étant envisagée que par élimination devant :

- les résultats de l'examen histologique des fragments prélevés. Pas de cellules néoplasiques. Cellules inflammatoires. Zones de nécrose et de sclérose.

- la négativité des examens complémentaires.

Dans notre observation le problème était si ardu, que le diagnostic ne peut être affirmé qu'après l'histologie de la pièce nécrosique.

Mais c'est surtout sur le plan évolutif et pronostique que notre observation nous a paru intéressante :

- Sur le plan local, une des caractéristiques de ces tumeurs inflammatoires est, nous l'avons vu, leur remaniement rapide. Mais avoir vu se constituer pratiquement sous nos yeux cette lésion, l'avoir vu évoluer inexorablement vers un envahissement total du petit bassin en moins de deux mois sans rien pouvoir faire qu'une colostomie inefficace, sont des faits tout de même inhabituels.

- Sur le plan général, l'évolution fut encore plus surprenante. Ces tumeurs ont la réputation d'être curables, guérissant habituellement par un traitement chirurgical (exception faite des décès que l'on peut considérer comme des accidents post-opératoires pouvant compliquer toute intervention sur le colon : occlusion du grêle, lâchage de suture, embolie septico-pyohémique au niveau du foie responsable de péritonite par rupture dans la grande cavité).

Or notre observation constitue à notre connaissance le premier cas rapporté dans la littérature de tumeur inflammatoire aspécifique du rectum ayant évolué vers la mort du fait même de la tumeur. L'autopsie la plus complète ne peut mettre en évidence d'autre cause. L'histologie de la pièce ne permettait pas le moindre doute quant au diagnostic.

Il semble donc que, sans vouloir remettre en cause le pronostic habituellement bénin de ces tumeurs, il faille être plus réservé dans certains cas et ne pas oublier que l'évolution peut être mortelle.

oooooooooooooooo

Vu, le Président de Thèse

Professeur Marcel ROUX

Vu, le Doyen de la Faculté

M.G. CORDIER

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

Mr. le Président de l'Assemblée

M. L. G. G. G.

Mr. le Président de l'Assemblée

Professeur Marcel ROLL

En et pour le Président,
Le Secrétaire de l'Assemblée de Paris

L. ROLL